

FABIANA DE SOUZA

**PREVALÊNCIA DA SOROPOSITIVIDADE DO
VDRL ENTRE AS MULHERES ATENDIDAS NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC
NO PERÍODO DE JUNHO A SETEMBRO DE 2000**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

FABIANA DE SOUZA

**PREVALÊNCIA DA SOROPOSITIVIDADE DO
VDRL ENTRE AS MULHERES ATENDIDAS NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC
NO PERÍODO DE JUNHO A SETEMBRO DE 2000**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão o Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Edison Natal Fedrizzi**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Ao professor. Dr. Edison Natal Fedrizzi, pela orientação, paciência e apoio dispensados durante a execução deste trabalho.

Ao Serviço de Análises Clínicas do Hospital Universitário especialmente aos bioquímicos Maria Luíza Bazzo e Miguel Strazzer Neto, e ao funcionário Francisco Carlos Fermiano, o “Chiquinho”, sempre dispostos a ajudar.

À equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário, pela amizade concedida.

A Rogério por toda dedicação, carinho e renuncia nos momentos necessários.

Ao amigos Rodinei Tenório e Edson Yanaga pelo grande auxílio prestado.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho.

ÍNDICE

1.Introdução.....	1
2.Objetivos.....	5
3.Método.....	6
4.Resultados.....	8
5.Discussão.....	22
6.Conclusões.....	30
7.Referências.....	31
Normas adotadas.....	37
Resumo.....	38
Summary.....	39
Apêndice.....	40

1. INTRODUÇÃO

Dentre as doenças infecciosas, a sífilis é notável por sua ampla variedade de apresentações clínicas. Trata-se de uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, com caráter sistêmico, e sujeita a surtos de agudização e a períodos de latência¹.

De acordo com a duração da doença e aspectos clínicos, pode ser classificada em: sífilis recente; tardia; gestacional e congênita (precoce e tardia). Fazem parte da sífilis recente os estágios primário, secundário e latente precoce da doença. Sendo os estágios latente tardio e terciário considerado como sífilis tardia².

A gravidez tem poucos efeitos no curso clínico da doença. Inicialmente acreditava-se que o estado de imunossupressão relativo da gravidez afetasse a resposta materna à sífilis. Evidências recentes não tem comprovado esta crença^{2,3}.

No entanto, a infecção sífilítica materna, pode causar um grande impacto durante a gestação. Parto prematuro, aborto espontâneo, natimortos, morte neonatal, e infecção congênita, são algumas das complicações causadas pela sífilis^{4,5,6}. O risco de infecção fetal parece estar correlacionado diretamente com o grau de espiroquetemia materna e o tempo de duração da doença^{2,3,7,8}. A taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70% a 100% na sífilis adquirida recente (principalmente primária e secundária), 40% na sífilis latente precoce e de 10% na sífilis latente tardia⁹. Fiumara e colaboradores, em 1952 descreveram os resultados da infecção sífilítica materna não tratada sobre o feto. Demonstraram que durante a infecção primária e secundária 50% dos casos foram associados à natimortalidade ou morte neonatal, e o restante dos fetos ou neonatos desenvolveram infecção congênita. No nosso meio, a sífilis representa

importante causa de natimortalidade¹¹. Duarte e colaboradores, em 1994, encontraram esta infecção como sendo a segunda causa mais freqüente de óbito fetal, ultrapassada apenas pela síndrome hipertensiva.

Após o advento da penicilina, acreditava-se que os problemas com a sífilis estavam solucionados, porque essa doença que foi motivo de preocupações das autoridades científicas e sanitárias, passava a ter tratamento simples e eficiente. No entanto, a euforia inicial não refletiu a realidade, e a doença vem se manifestando em focos endêmicos e eventualmente epidêmicos, resultando ainda em nascimento de crianças portadoras de sífilis congênita¹².

Nos Estados Unidos, a última epidemia de sífilis, que foi seguida por uma epidemia de sífilis congênita ocorreu durante o final dos anos 80 e início da década de 90. As taxas de sífilis começaram a declinar em 1991, e as de sífilis congênita, tiveram seu declínio a partir de 1992, chegando a declinar 78,2% de 1992 a 1998¹³.

A incidência de sífilis nos Estados Unidos é distribuída muito heterogeneamente. Os estados do sul apresentam número de casos desproporcionalmente elevado em relação ao resto do país^{13,14,15}. Essa distribuição parece estar relacionada a classes econômicas menos favorecidas¹³.

Entre outros fatores de risco associados ao aparecimento de sífilis materna observou-se mulheres jovens, solteiras, baixo nível de instrução, prostituição, cuidados pré-natais inadequados e o consumo de drogas^{2,7,15,16,17,18,19,20}. Este último fator de risco, principalmente o uso de cocaína/crack, pode ter sido o responsável pelo surgimento de casos da doença no final da década de 80^{3,7,17,19,20}.

Porto e colaboradores, em 1991, realizaram um estudo na Faculdade de Ciências Médicas de Santos, mostrando que cerca de 16% das gestantes soropositivas para sífilis, apresentavam anticorpos anti-HIV (vírus da Imunodeficiência Adquirida) positivo. Essa associação está relacionada ao

consumo de drogas ilícitas e prostituição, modificando o enfoque terapêutico e propedêutico da paciente sífilítica. A utilização da prostituição, como um meio para obtenção de drogas, aumenta o risco de aquisição da sífilis, por aumentar o número de parceiros sexuais, e faz dessas mulheres reservatórios na transmissão da sífilis e do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) para seus filhos e seus clientes^{2,18,19,20}.

A despeito de seu decréscimo em países desenvolvidos, a sífilis continua sendo uma importante doença sexualmente transmissível em países em desenvolvimento, por causa das suas complicações e altas taxas de infecção²².

Em alguns países da África, representa uma grande causa de morbidade e mortalidade durante a gestação, onde tem sido encontrada alta taxa de soropositividade, tais como 6% a 15% no sul da África, 14% no Zimbábue, e 5% a 15% em Moçambique^{23,24,25,26,27}.

No entanto, em algumas regiões da América Latina, é difícil fazer amplas generalizações a respeito da sífilis. Há muita disparidade sócio-econômica entre as várias nações e dentro de diferentes regiões de um mesmo país²².

O Ministério da Saúde do Brasil considerou a sífilis congênita como prioritária através da Portaria número 542 de 22/12/86, para fins de notificação compulsória e adoção de medidas de vigilância. O Ministério da Saúde avalia taxa de sífilis congênita da ordem de 4.2 casos para cada 1.000 nascidos vivos; como o número de nascimento/ano no Brasil está estimado em 3.200.000, pode-se esperar todo ano cerca de 13.000 a 14.000 casos de sífilis congênita. No estado de São Paulo em 1994, com 685.000 nascimentos deveriam ter sido notificados 3.000 casos, ao invés dos 339 casos oficialmente registrados. Portanto a subnotificação ou a não notificação da sífilis congênita pode levar ao desconhecimento da realidade e fazer com que o problema não seja discutido em toda sua amplitude²⁸.

No entanto, mesmo a subnotificação de casos de sífilis congênita sendo alta, alguns dados disponíveis, indicam a elevada magnitude desse problema no país, sendo que, o número de casos notificados aumentou nos últimos anos, passando de 570 casos em 1995, para 1140 em 1996 e 1301 em 1997. Estima-se que no país a média de prevalência de sífilis na gestação, varie entre 3.5% a 4.0%^{28,29}.

Aliados a estas informações sobre a magnitude do problema, há que se considerar também o custo social (incluindo sofrimento humano), e econômico da sífilis congênita. Portanto é inadmissível que esta doença, que figura entre uma das mais evitáveis infecções que pode acometer o recém-nascido (desde que com diagnóstico e tratamento adequados), permaneça relegada a um plano secundário²⁹.

2. OBJETIVOS

Determinar a prevalência da soropositividade do VDRL (Veneral Disease Research Laboratory), nas mulheres que internaram na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC, em trabalho de parto, inibição de trabalho de parto prematuro, curetagem uterina por aborto e puérperas, no período de junho a setembro de 2000 correlacionando-se a positividade com fatores de risco e epidemiológicos.

3. MÉTODO

No período de 6 de junho a 6 de setembro de 2000, foram avaliadas 507 mulheres, admitidas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, para realização de parto (normal ou cesárea), curetagem uterina por aborto, ou inibição de trabalho de parto prematuro. Dessas, 21 negaram-se a participar do estudo; 19 receberam alta hospitalar antes da coleta sanguínea; 26 amostras hemolisaram, e em 9 amostras a quantidade de sangue foi insuficiente para análise. Com isso, 432 mulheres foram investigadas quanto à sorologia para sífilis, pelos métodos de VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) e pelo teste treponêmico de Imunocromatografia.

As amostras foram coletadas diariamente, através de punção venosa, utilizando-se o sistema de Vacutainer MR, em tubos siliconizados, estéreis, sem anticoagulante, identificados com o nome da paciente, e uma identificação numérica crescente após esclarecimento das mesmas a respeito da pesquisa e aceitação por parte destas através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice).

A identificação das mulheres teve por objetivo possibilitar o aconselhamento e/ou tratamento daquelas que apresentassem sorologia positiva, sendo encaminhadas ao ambulatório do HU para acompanhamento, se assim o desejassem. Os recém-nascidos, quando necessário, foram encaminhados para tratamento e acompanhamento no Serviço de Neonatologia/Pediatria do HU.

Após a coleta, o material foi encaminhado imediatamente ao Serviço de Análises Clínicas do Hospital Universitário (HU), sendo submetido à centrifugação após sua coagulação e utilizado o soro para análise.

Simultaneamente a coleta das amostras, preencheu-se um protocolo, conforme modelo em anexo (apêndice), contendo dados sócio-econômicos, informações sobre controle pré-natal, dados clínicos e epidemiológicos, a fim de identificar e correlacionar possíveis fatores de risco . A coleta de dados foi realizada através de entrevista com as mulheres e análise de prontuário médico destas, bem como, através da análise do prontuário dos recém-nascidos.

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os materiais necessários para as coletas e análise foram fornecidos pelo Serviço de Análises Clínicas do HU, sob supervisão do professor Luiz Alberto Peregrini (chefe do Serviço).

Todas as amostras sangüíneas, foram submetidas ao teste não treponêmico VDRL, sendo as amostras reagentes submetidas à realização de um teste treponêmico qualitativo (Imunocromatografia), sob a coordenação da bioquímica Maria Luíza Bazzo.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa Epi Info versão 6.0, e teste estatístico para análise das variáveis Yates corrigido.

4. RESULTADOS

De um total de 432 amostras sangüíneas, 4 (0,98%) apresentaram soropositividade para sífilis ao teste de VDRL, com titulação variando de 1/1 a 1/2, sendo todas confirmadas com o teste treponêmico (Imunocromatografia).

Em relação ao motivo de internação, do total de mulheres avaliadas no estudo, 271 (62,73%) realizaram parto normal, sendo que em 3 delas (75%) a sorologia para sífilis foi reagente; 112 (25,93%) mulheres foram submetidas à cesárea, dessas apenas 1 (25%) apresentou VDRL positivo (tabela I).

TABELA I: Caracterização das mulheres segundo o motivo de internação na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

MOTIVO DA INTERNAÇÃO	VDRL (+)		VDRL (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Parto normal	3	75	268	62,62	271	62,73
Cesárea	1	25	111	25,93	112	25,93
Curetagem	0	0	32	7,48	32	7,41
TPP	0	0	17	3,97	17	3,93
Total	4	100	428	100	432	100

Obs: TPP = Trabalho de parto prematuro.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Quanto a idade das mulheres avaliadas, 251 (58,10%) situavam-se entre a faixa etária de 16 a 25 anos, havendo um predomínio da soropositividade para sífilis nesse grupo (75%) (tabela II).

TABELA II: Relação entre faixa etária e resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

IDADE (anos)	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
≤15	0	0	7	1,63	7	1,62
16-20	1	25	116	27,10	117	27,08
21-25	2	50	132	30,84	134	31,02
26-30	1	25	82	19,20	83	19,22
31-35	0	0	57	13,30	57	13,19
36-40	0	0	27	6,30	27	6,25
≥ 40	0	0	7	1,63	7	1,62
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Do total de mulheres avaliadas, 75% do grupo VDRL positivo e 59,56% do grupo VDRL negativo tiveram apenas o primeiro grau de estudo, completo ou incompleto. (tabela III).

TABELA III: Correlação da escolaridade com resultado do VDRL entre as mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

ESCOLARIDADE	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	0	0	5	1,67	5	1,16
1º. G incompleto	2	50	206	48,12	208	48,15
1º. G completo	1	25	49	11,44	50	11,57
2º. G incompleto	0	0	43	10,04	43	9,95
2º. G completo	1	25	86	20,08	87	20,14
3º. G incompleto	0	0	27	6,30	27	6,25
3º. G completo	0	0	12	2,80	12	2,78
Total	4	100	428	100	432	100

Obs: G = Grau.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Na tabela IV observamos a ocupação das mulheres estudadas e o resultado do VDRL, sendo que 239 mulheres (55,32%) referiram atividades domésticas como ocupação, das quais 3 apresentaram VDRL positivo (75%).

TABELA IV: Resultado do VDRL e a ocupação das mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

PROFISSÃO	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Do lar	3	75	236	51,14	239	55,32
Doméstica	0	0	49	11,45	49	11,34
Estudante	0	0	26	6,07	26	6,02
Professora	0	0	15	3,50	15	3,47
Desempregada	0	0	4	0,93	4	0,92
Outros	1	25	98	22,20	99	2,92
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Quanto ao estado civil, 214 mulheres (49,54%) eram casadas e 169 (39,12%) mantinham união estável, perfazendo um total de 88,66% de mulheres com parceiro fixo. A distribuição dos testes de VDRL reagentes predominou entre as mulheres casadas (25%) ou com união estável (50%) (tabela V).

TABELA V: Relação entre resultado do VDRL e estado civil das mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

ESTADO	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casada	1	25	213	49,77	214	49,54
União estável	2	50	167	39,01	169	39,12
Solteira	1	25	38	8,88	39	9,03
Separada	0	0	10	2,33	10	2,31
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

A tabela VI faz referência à raça das mulheres avaliadas, sendo que 367 (84,95%) pertenciam à raça branca, e 65 (15,05%) eram negras. Entre as soropositivas para sífilis, 3 (75%) eram brancas, e apenas 1 era negra (25%).

TABELA VI: Relação entre a raça e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

RAÇA	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Branca	3	75	364	85,05	367	84,95
Negra	1	25	64	14,95	65	15,05
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

A avaliação da renda familiar foi expressa em salários mínimos (SM) e observamos que a maioria (43,29%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos, e que a sorologia para sífilis foi reagente em duas mulheres com renda de 5 a 7 salários (50%) (tabela VII).

TABELA VII: Renda familiar (SM)* e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

Renda familiar (SM)	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<1	0	0	5	1,17	5	1,15
1 —3	1	25	186	43,46	187	43,29
3 —5	1	25	118	27,57	119	27,55
5 —7	2	50	65	15,19	67	15,51
7 —9	0	0	29	6,77	29	6,72
≥9	0	0	25	5,84	25	5,78
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

*Salário Mínimo no período de estudo: R\$ 151,00.

Quanto ao número de gestações, 184 (42,59%) eram primigestas, sendo o segundo maior grupo representado pelas mulheres secundigestas (25,43%). Dentre as mulheres com sorologia positiva para sífilis, 2 (50%) apresentaram um número de gestações superior a quatro (tabela VIII).

TABELA VIII: Número de gestações e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

GESTAÇÕES	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
I	1	25	183	42,76	184	42,59
II	1	25	109	25,47	110	25,43
III	0	0	70	16,35	70	16,20
IV	0	0	36	8,41	36	8,33
>IV	2	50	30	7,00	32	7,40
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Do total de mulheres avaliadas, 187 (43,29%) realizaram de 4 a 6 consultas durante o pré-natal, sendo que, o VDRL foi positivo em 2 mulheres desse grupo (50,0%) (tabela IX).

TABELA IX: Número de consultas pré-natal e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

CONSULTAS	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	1	25	29	6,78	30	6,94
1-3	1	25	59	13,78	60	13,89
4-6	2	50	185	43,22	187	43,29
>6	0	0	155	36,22	155	35,88
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Notou-se que a maioria das mulheres (83,41%) que tiveram o resultado do VDRL negativo durante o nosso estudo, já haviam realizado ao menos um teste durante o pré-natal. Enquanto entre as mulheres que foram soropositivas, 75% não realizaram VDRL durante o acompanhamento pré-natal, sendo este resultado estatisticamente significativo ($p=0,0177$) (tabela X).

TABELA X: Realização VDRL durante o pré-natal e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

VDRL pré-natal	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sim	1	25	357	83,41	358	82,87
Não	3	75	71	16,59	74	17,13
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 ($p=0,0177$).

Em relação à história de aborto prévio, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,6452$), sendo que 75% das mulheres com VDRL reagente e 78,5% das não reagentes negaram história de aborto prévio (tabela XI).

TABELA XI: História de aborto prévio e o resultado do VDRL nas mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

Aborto	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sim	1	25	92	21,50	93	21,52
Não	3	75	336	78,50	339	78,48
Total	4	100	428	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 ($p=0,6452$).

A maioria das mulheres estudadas negou qualquer fator de risco para sífilis, 75% entre as mulheres que tiveram resultado positivo, e 77,10% entre as soronegativas, não sendo significativo a diferença ($p=0,6184$) (tabela XII).

TABELA XII: Correlação entre fatores de risco das mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC e o resultado do VDRL.

Fatores de risco da mulher	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AUSENTE	3	75	330	77,10	333	77,08
PRESENTE:	1	25	98	22,90	99	22,91
DST prévia	1	25	7	1,63	8	1,18
Drogas	1	25	26	60,07	27	6,25
Hemotransfusão	0	0	23	5,37	23	5,32

Obs: DST= Doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 ($p=0,6184$).

Quanto aos fatores de risco do parceiro, 75% das mulheres que tiveram resultado positivo e 83,18% com resultado negativo negaram comportamento de risco do parceiro, não sendo significativa essa diferença ($p=0,6352$) (tabela XII).

TABELA XIII: Correlação entre fatores de risco dos parceiros sexuais e o resultado do VDRL nas mulheres atendidas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC.

Fatores de risco do parceiro	VDRL (+)		VDRL (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AUSENTE	3	75	356	83,18	359	83,10
PRESENTE:	1	25	72	16,82	73	16,90
HIV (+)	0	0	2	0,46	2	0,46
Drogas	1	25	53	12,38	54	12,50
Hemotransfusão	0	0	17	3,97	17	3,93

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 ($p=0,6352$).

Os dados sobre os antecedentes obstétricos e as informações referentes a fatores de risco para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, das pacientes soropositivas, encontram-se agrupados no quadro abaixo.

QUADRO I: Resumo das características das quatro mulheres cujas sorologias para sífilis foram reagentes.

Paciente número	Número de gestações	Número de partos	Número de abortos	Número de consultas pré-natal	VDRL Pré-natal/ resultado	Fatores de risco
01	1	1	0	6	1/reagente	Nenhum
02	2	2	0	1	0	Nenhum
03	5	4	1	5	0	DSTprévia(sífilis) Droga não injetável/parceiro drogadito
04	6	6	0	0	0	Nenhum

5. DISCUSSÃO

A sífilis, flagelo do início do século, poderia estar hoje completamente erradicada, considerando-se o pleno conhecimento da história natural da doença, sua etiologia e possibilidade de tratamento eficaz após o advento da penicilina. Entretanto, sua transmissão através do contato sexual, sua sintomatologia pouco alarmante e que posteriormente torna-se assintomática por longo período, dificultam o controle epidemiológico, sua prevenção e tratamento²⁹.

Se a sífilis já é problema sanitário importante, torna-se muito mais grave quando ocorre na gravidez, caracterizando-a como de alto risco²⁹. Identificar a presença de sorologia reativa, e saber diagnosticar qual delas representa realmente a doença constitui-se num procedimento vital na atenção pré-natal³⁰. Entretanto, ainda não existe um teste ideal para o diagnóstico sorológico da sífilis, com 100% de sensibilidade e 100% de especificidade, que possa ser utilizado em qualquer fase da doença, com garantia de que sejam detectados anticorpos, mesmo em diminuta quantidade e que não reajam inespecíficos³¹.

Os testes não treponêmicos baseiam-se na pesquisa de anticorpos lipoídicos ou anticardiolipínicos, conhecidos como reaginas³¹. Esses anticorpos, costumam ser produzidos em resposta à destruição tecidual aguda ou crônica e por esse motivo, podem ser produzidos durante o curso de outras doenças, que não necessariamente a sífilis^{1,32}. Além disso, em situações fisiológicas, como a gravidez, os títulos destes testes, particularmente o VDRL, tendem a aumentar inespecificamente³³. Apresentam ainda uma sensibilidade que varia de acordo com a fase da doença¹. Já os testes treponêmicos, possuem maior sensibilidade, entretanto, na maioria dos

casos, estes testes permanecem reagentes até o final da vida, sem contudo significar a presença de infecção ou a necessidade de um novo tratamento^{1,32,34}. Paris-Hamelin (1978), demonstrou que a negatificação dos testes sorológicos, é diretamente proporcional à precocidade do tratamento, ou seja, quanto maior o tempo de evolução da doença, menor a probabilidade de negatificação sorológica. Como em geral, o tratamento ocorre após a soroconversão, a regra observada, na rotina clínica em geral, é a persistência dos testes treponêmicos reagentes, e dos não treponêmicos estabilizados em títulos baixos, como 1/1 ou 1/2³⁴.

Quanto soropositividade a literatura pesquisada apresentou taxas muito variáveis, tais diferenças podem ser decorrentes de fatores econômicos, sociais e culturais que poderiam influenciar na prevalência da doença. Os maiores índices são encontrados na África, 5-15% no Moçambique, 14% no Zimbábue, 8% no Zâmbia^{23,36}. Na Bolívia, Southwick et al. em 1996, analisando 1471 parturientes, encontraram 4,89% de soropositividade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a taxa de soroprevalência para a sífilis foi estimada em 3,5% a 4,0% no ano de 1998, sendo a taxa média de transmissão vertical entre gestantes não tratadas de 85%^{29,38}. Amaral, em 1996, em pesquisa realizada em Campinas (SP), examinou 5815 pacientes no momento do parto, encontrando uma soroprevalência de 1,16%. Ramos et al., num estudo realizado no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre, avaliaram 200 mulheres em dois momentos (março de 1997, abril de 1998), encontrando 3,5% e 1,5% de soropositividade respectivamente. Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, assumiu como prioridade a eliminação da sífilis congênita, elaborando um plano de ação com definição de várias estratégias. Uma das ações propostas foi a realização de uma campanha para eliminação da sífilis congênita. Durante a campanha foram testadas 9448 gestantes, sendo identificadas 5,3% com resultados positivos, entretanto, como o teste

utilizado era do tipo treponêmico, os autores referiram a possibilidade de terem sido detectados casos de sífilis com tratamento anterior (cicatriz sorológica), o que pode ter contribuído para uma taxa de prevalência superestimada⁴¹. Nosso estudo, comparado aos estudos citados, apresentou uma menor taxa de soropositividade, 0,98% das 432 mulheres avaliadas (IC=95% 0,3% - 2,6%), sendo que, os títulos de VDRL variaram da diluição de 1/1 à 1/2, e todos foram reagentes ao teste treponêmico utilizado (imunocromatografia), sendo estes resultados não conclusivos como diagnóstico de sífilis, podendo tratar-se de infecção inicial ou cicatriz sorológica. Para o diagnóstico definitivo, seria necessária a repetição do VDRL com intervalo de 15 dias, ou ainda, a realização de FTA-ABS IgM.

Entretanto, mesmo considerando-se a hipótese de que a sorologia encontrada tivesse sido de 0,3%, ou seja, o limite inferior do intervalo de confiança, o VDRL deve continuar sendo realizado de rotina para todas as gestantes. Muitos estudos têm demonstrado que a realização do screening para sífilis, apresenta uma relação de custo/benefício favorável, até mesmo quando a prevalência da doença entre as gestantes for tão baixa quanto 0,005%^{37,42,43,44}. Sabe-se ainda que até 90% dos casos de sífilis congênita poderiam ser prevenidos com o tratamento da gestante, no entanto, o tratamento inadequado ou o não tratamento, requerem o tratamento do recém-nascido, com custo estimado nos Estados Unidos de \$12.000,00 por recém-nascido³³.

Analisando as mulheres segundo a faixa etária, escolaridade e profissão, (tabelas II,III,IV) observou-se que a maioria, ou seja 75% das que apresentaram sorologia positiva para sífilis, situavam-se entre 16 e 25 anos de idade. Quanto ao nível de instrução, 50% referiram ter apenas o primeiro grau incompleto. Com relação a ocupação, 75% das mulheres VDRL reagentes eram donas de casa. Apesar dessas associações não terem sido significativas, estas características

observadas correspondem à situação brasileira, com grande número de gestantes jovens, com baixa escolaridade, e conseqüentemente com pouca educação em saúde, tornando o país cenário ideal para uma alta prevalência de sífilis em geral e de sífilis congênita na população neonatal^{29,45}. Comparando-se nossos resultados, com os dados fornecidos pelo SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) no período de abril a junho de 1998, vimos que estes se assemelham, segundo eles, a idade das gestantes era predominantemente jovem, variando de 19 a 23 anos; 53,2% tinham apenas o primeiro grau de escolaridade; e quanto à ocupação, 70,2% das mulheres com sorologia reativa para sífilis eram donas de casa³⁸.

A maioria das mulheres que avaliamos eram casadas, ou mantinham união consensual estável, (75%). Este resultado é igual ao descrito por Gomes et al. (Cuba,1997), onde 75% das mulheres com sorologia positiva para sífilis eram casadas, porém difere do descrito por McFarlim et al. (EUA,1994) onde os autores constataram, predomínio significativo de mulheres solteiras (67%).

Em relação à etnia, predominou em nosso estudo, a raça branca, em 75% dos casos. Ricci et al. (EUA,1989), diferentemente, descreveu que das mulheres soropositivas 60% eram da raça negra. Nos Estados Unidos, tem-se observado que a prevalência é maior entre as mulheres negras³³. Entretanto, a sífilis é uma doença cosmopolita, não podendo ser relacionada a nenhum grupo racial, e sua incidência atual parece refletir mais fatores sociais como pobreza e baixa escolaridade do que fatores biológicos^{13,33} e em nossa região, predomina a raça branca.

O impacto das desigualdades sócio-econômicas e sua relação com a prevalência de sífilis, foram demonstrados em um estudo no Estado de São Paulo em 1995, onde 66% do grupo de mulheres infectadas apresentavam um baixo nível sócio-econômico, quando comparadas aos 24% de infectadas com nível sócio-econômico

mais elevado⁴⁸. A maioria das mulheres avaliadas (75%), referiu o ganho de 3 a 7 salários mínimos. Estes resultados estão acima do encontrado por Mefane Toug-Mvee, que em 1987, no Gabão, observou diferentes frequências de testes sorológicos positivos para sífilis de acordo com o nível sócio-econômico das gestantes estudadas, variando de 1,55% no grupo de gestantes mais favorecidas, a 26,5% no grupo com nível sócio-econômico mais baixo.

Na avaliação da história obstétrica materna, observamos que entre as mulheres com sorologia positiva para sífilis, duas relataram mais de quatro gestações anteriores (50%), semelhante ao relatado por Guinsburg et al. (1993), que observaram a associação entre grande multiparidade e sorologia positiva para sífilis em recém-nascidos. Isto pode ser explicado talvez, devido ao fato de que a presença de grande multiparidade possa refletir o tempo de vida sexual ativa da gestante, e de certa maneira, à ausência de educação em métodos anticoncepcionais, podendo em última análise refletir, a falta de acesso ao sistema de saúde. McFarlim et al., em 1994, também descreveram a presença de grande multiparidade, associando-a com sorologia positiva para sífilis. Azeze et al. (Etiópia, 1995), avaliaram 270 mulheres, sendo que 28,1% tinham 5 ou mais gestações.

Com relação ao número de consultas durante o acompanhamento pré-natal McFarlim et al. (EUA, 1994) descreveram que 77% das mulheres com sífilis tiveram menos de 2 consultas pré-natais. No Brasil, segundo Boletim epidemiológico de DST de 1998, 58,3% das mulheres VDRL positivas não realizaram pré-natal, e 20,8% tiveram entre 4 e 6 consultas. Em nosso estudo encontramos que a maioria das mulheres avaliadas (50%) apresentaram número de consultas variando de 4 a 6.

Quanto a realização de VDRL durante o pré-natal, Southwick et al. (Bolívia, 1996) descreveram que embora 76% das mulheres tivessem realizado pré-natal, apenas 17% realizaram o teste para screening da sífilis. Em nosso estudo encontramos que, entre as soronegativas, 16,59% não realizaram VDRL durante o acompanhamento pré-natal, entretanto entre as soropositivas 75% não realizaram VDRL em nenhuma fase da gravidez, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,0177$). É rotina pré-natal a solicitação de teste não treponêmico para rastreamento da sífilis na primeira consulta de pré-natal, sendo o VDRL o mais utilizado em nosso meio e, se possível, o exame deverá ser repetido trimestralmente. No final do segundo trimestre, recomenda-se a repetição da reação sorológica, para abranger casos que estavam na fase inicial da infecção primária, ou relacionado à contaminação recente. O Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos EUA, recomenda a realização do exame sorológico para sífilis, também no momento do parto, e em situações de alto risco, deverá ser realizado também no início do terceiro trimestre^{33,34}.

A história de aborto prévio não apresentou diferença significativa entre as mulheres com sorologia positiva (25%) e as com sorologia negativa (21,50%) ($p=0,6452$). No entanto, diversos autores demonstraram as várias conseqüências da infecção sífilítica durante a gestação, entre elas a ocorrência de abortos espontâneos^{2,4,6}. O impacto da sífilis na gravidez, foi muito bem documentado num estudo realizado na Etiópia em 1995, onde as mulheres soropositivas apresentaram duas vezes mais chances de natimortalidade e abortos espontâneos do que as não reativas⁴.

Além do inadequado acompanhamento pré-natal, vários autores têm relacionado o uso de drogas e a promiscuidade sexual com um risco elevado de sífilis na gestação^{3,7,19,20}. Nos Estados Unidos o uso de cocaína e crack foi apontado

como o principal fator de risco para sífilis materna e congênita, podendo ter sido responsável pelo surgimento de casos da doença no final da década de 80^{2,3,7,18,20}. Sison et al. (EUA, 1997) mostraram que o uso de drogas é o mais significativo fator associado à sífilis materna e congênita devido ao pobre cuidado pré-natal e aumento da promiscuidade sexual entre essas mulheres. Têm-se observado que o número de mulheres usuárias de drogas ilícitas, durante a gestação, têm aumentado nos últimos anos. Durante o mesmo período, um aumento na prevalência de sífilis primária e secundária foi observado entre as mulheres em idade reprodutiva, resultando num aumento da prevalência de sífilis congênita^{14,16,17,20,51}. Em nosso estudo, contrapondo-se a literatura estudada, 75% mulheres estudadas não relataram nenhum fator de risco, entretanto, devido ao tamanho reduzido da nossa amostra, não podemos descartar que esse resultado não foi encontrado ao acaso.

Observando individualmente cada paciente (quadro I), podemos perceber uma série de condições e equívocos que podem interferir no aparecimento de DSTs, e em particular a sífilis. No caso da paciente número 01, observamos descaso do serviço de saúde, já que esta apresentou um número relativamente adequado de consultas pré-natais (6) e no entanto o exame sorológico para sífilis, foi solicitado apenas uma vez, e mesmo tendo sido descrito como positivo (não foi especificado a titulação), não havia referência sobre o tratamento e não houve acompanhamento sorológico.

No caso da paciente número 02, verificou-se provavelmente uma procura tardia ao serviço de pré-natal, ou um não comparecimento às consultas, e a mesma não realizou nenhum exame de VDRL no pré-natal.

Ao analisar o caso da paciente número 03, verificou-se que a mesma apresentava vários fatores de risco para aquisição de sífilis, porém, parece que tais fatores foram ignorados pelo pré-natalista ou pela própria paciente, uma vez que o

teste sorológico para a sífilis, não foi realizado durante o pré-natal. A mesma referiu ter tratado a infecção, mas não soube informar qual medicamento foi utilizada e se seu companheiro havia sido tratado ou não. Muito embora, a sífilis seja uma doença curável, não oferece imunidade definitiva, e a possibilidade de reinfecção não pode deixar de ser considerada^{1,2}.

É de extrema importância, ainda dentre os fatores de risco maternos, a ausência de cuidado pré-natal, este foi o caso da paciente número 04. A falta de assistência pré-natal a uma parcela considerável da população em geral, tem sido associado como um dos principais fatores de risco para aquisição da infecção sífilítica, impossibilitando o diagnóstico da doença, em momento anterior ao parto²⁴. Em 1997, Sanchez e Wendel relataram que, durante o período gestacional, a sífilis é mais encontrada entre populações sem assistência pré-natal, além de apresentar estreita associação com o consumo de drogas.

Falhas como estas, podem levar a sérias consequências, entre elas, o aumento dos casos de sífilis congênitas. Dorfman e Glaser (1990), descreveram casos de sífilis congênita, por falta de diagnóstico e de adequado tratamento materno, e relataram que 13% das mulheres com sorologia reativa no final da gestação não apresentavam quaisquer evidências de infecção no início da gestação.

6. CONCLUSÕES

A prevalência de soropositividade para sífilis ao VDRL, confirmado com o teste treponêmico (Imunocromatografia), entre as mulheres atendidas na maternidade do HU para realização de parto, curetagem uterina por aborto, ou inibição de trabalho de parto prematuro, no período de estudo é de 0,98%, não sendo possível admitir que este percentual seja mesmo de sífilis, uma vez que a titulação foi igual ou inferior à 1/2.

A maioria das mulheres com sorologia positiva para sífilis são jovens, com idade entre 16 e 25 anos (75%), brancas (75%), com baixo nível de instrução (50%), ocupadas fundamentalmente em atividades domésticas (75%), casadas ou com união estável (75%), com ganho salarial de 5 a 7 salários (50%), sendo que 50% tinha mais de 4 gestações anteriores.

Não houve correlação entre os fatores de risco avaliados (DST prévia, uso de drogas, hemotransfusão, parceiro de risco) e a soropositividade para sífilis.

7. REFERÊNCIAS

1. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995; 8(1):1-21.
2. Sheffield JS, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42(1):97-106.
3. Wendel GD. Syphilis. In: Gleicher N, editor. *Medical Therapy in Pregnancy*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1998.p.29-32.
4. Azeze B, Fantahun M, Kidan KG, Tassew H. Seroprevalence of syphilis amongst pregnant women attending antenatal clinics in rural hospital in north west Ethiopia. *Genitourin Med* 1995; 71(6):347-50.
5. Hira SK, Bhat GJ, Chikamata DM. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med* 1990; 66(1):159-64.
6. De Shryver A, Meheus A. Epidemiology of sexually transmitted diseases. The global picture. *Bull WHO* 1990; 68(1):639-54.
7. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997; 24:71-90.
8. Schober PC, Gabriel G, White P. How infectious is syphilis? *Br J Venereal Dis* 1983; 59:217-9.
9. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12(2):187-209.
10. Fiumara NJ, Fleming WL, Downing JG. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital. *N Engl J Med* 1952; 247:48-52.

11. Duarte G, Gir E, Almeida AM, Hayashida M, Zanetti ML. Morte fetal por sífilis: avaliação epidemiológica realizada em Ribeirão Preto, Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116(4):290-7.
12. Passos MRL, Gouvêa TVD, Almeida GL. Syphilis II. In: Passos MRL, editor. DST – doenças sexualmente transmissíveis. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Cultura médica; 1995. p.86-124.
13. Centers For Disease Control and prevention (CDC). Primary and Secondary Syphilis. MMWR 1998a; 79(24):493-7.
14. Rolfs RT, Nakashima AK. Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States, 1988 through 1989. Jama J Am Med Assoc 1990; 264(11):1432-7.
15. Maruti S, Wang LY, Ross M, Leonard L, Raffael J, Hollins L. The epidemiology of early syphilis in Houston, Texas 1994-1995. Sex Transm Dis 1997; 24(8):475-80.
16. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: Maternal Factors Associated With Congenital Infection. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(2):535-40.
17. Minkoff HL, McCalla S, Delke I. The relationship of cocaine use to syphilis and human immunodeficiency virus infections among inner city parturient women. Am J Obstet Gynecol 1990; 163 (3):521-6.
18. Greenberg MS, Singh T, Htoo M. The association between congenital syphilis and cocaine/crack use in New York City: A case-control study. Am J Pub Health 1991; 81(4):1316-8.
19. Rolfs RT, Goldberg M, Sharrar RG. Risk factors for syphilis: Cocaine use and prostitution. Am J Public Helth 1990; 80(1)853-7.

20. Farley TQ, Hadlee JL, Gunn RA. The syphilis epidemic in Connecticut: Relationship to drug use and prostitution. *Sex Transm Dis* 1990; 17(1):163-8.
21. Porto AGM, Santos MCR, Giraldes PRC, Saito M, Marques RA. Patologias intercorrentes em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *R B M Ginecologia e Obstetrícia* 1991; 2(1):117-22.
22. Gerbase AC, Toscano C, Titan S, Cuchi P, González SR, Zacarías F. Sexually transmitted diseases in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 6(5):362-70.
23. Osman NB, Challis K, Folgosa E, Cotiro M, Bergström S. An intervention study to reduce adverse pregnancy outcomes as a result of syphilis in Mozambique. *Sex Transm Infect* 2000; 76(3):203-7.
24. Wilkinson D, Sach M, Connolly C. Epidemiology of syphilis in pregnancy in rural south Africa: opportunities for control. *Trop Med Int Health* 1997; 2(1):57-62.
25. Opai-Tetteh ET, Hoosen AA, Moodley J. Re-screening for syphilis at the time of delivery in areas of high prevalence. *S Afr Med J* 1993; 83(3):725-6.
26. Rutgers S. Syphilis in pregnancy: a medical audit in a rural district. *Cent Afr J Med* 1993; (3):427-40.
27. Vuyesteke B, Bastos R, Barreto J. High prevalence of sexually transmitted diseases in a rural area in Mozambique. *Genitourin Med* 1993; 69(3):427-30.
28. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Relatórios trimestrais dos grupos de investigação de casos de sífilis congênita, encaminhados através das Coordenações Estaduais de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico DST* 1997; 3(1):7-12.
29. Cunha AA, Miranda AT, Caetano R, Carmo AV, Barbosa ED, Leite LL. Diagnóstico sorológico da sífilis na gravidez. *J Bras Ginec* 1995; 105(9):393-6.

- 30.Cabrera JH, Chaviano JP, Arenas CF, Hernández DH, Ojeda RS. Comportamento de la serologia reactiva en gestantes durante 1997. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(1):22-7.
- 31.Flichman JC. Sífilis I: Microbiologia e Imunologia. In: Passos MRL, editor. DST - doenças sexualmente transmissíveis. 4^a ed. Rio de Janeiro: Cultura médica; 1995.P.48-85.
- 32.Larsen AS, Zenker PN. Congenital syphilis: past, present and future. Clin Microbiol Newslett 1990; 12(2):181-2.
- 33.Centers for Disease Control. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. MMWR 1998; 37(supplement 1):1-13.
- 34.Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS/MS. Diagnóstico sorológico da sífilis. Brasília: Telelab, 1997, p.80.
- 35.Paris-Hamelin A, Catalan F. Techniques de Laboratoire applicables aux diagnostics des MST, Paris: Institut Alfred-Fournier, Librairie le François; 1978.p.105.
- 36.Temmerman M, Gichangi P, Fonck K, Apers L, Claeys P, Renterghem LV, et al. Effect of a syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairobi, Kenya. Sex Transm Infect 2000; 76(2):117-21.
- 37.Southwick KL, Blanco S, Santander A, Estenssoro M, Torrico F, Seoane G, et al. Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79(1):33-42.
- 38.Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de DST. 1998.p.2-18.
- 39.Amaral E. Prevalence of HIV and *Treponema Pallidum* infections in pregnant women in Campinas and their association with sócio-demographic factors. Rev Paul Med 1996; 114(2):1108.

40. Ramos MC, Curcio BL, Tessaro M, Meneghetti H, Marques LC, Duarte TP, et al. Prevalências da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes. *J Bras Doenças Sex Transm* 1999; 11(5):25-30.
41. Brasil. Campanha da Eliminação da Sífilis Congênita: A Experiência do Município do Rio de Janeiro. Boletim informativo da SMS/RJ. 1999.
42. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of maternal screening to prevent congenital syphilis. *Sex Transm Dis* 1983; 10(2):167-72.
43. Williams K. Screening for syphilis in pregnancy: an assessment of the costs and benefits. *Commun Med* 1985; 7(1):37-42.
44. Garland S, Kelly N. Is antenatal screening for syphilis worthwhile?. *Med J of Australia* 1989; 151(3):368-72.
45. Guinsburg R, Santos AMN, Pacheco AABM, Okida KS, Trigueiro TC, Almeida MFB, et al. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de risco maternos e com sorologia para HIV-1. *Rev Ass Med Brasil* 1993; 39(2):100-4.
46. Gómez VH, Domínguez LR, Tardío LF, Cuervo JG. Incidência de la síphilis durante el embarazo. *Rev Cuba Med Gen Integr* 1997; 13(4):352-8.
47. Ricci JM. Congenital Syphilis at the University of Miami: Jackson Memorial Medical Centers Experience 1986-1988. *Obstet Gynecol* 1989; 74(5):687-93.
48. Lurie P, Fernandes ME, Hughes V. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among Sex workers in São Paulo State, Brasil. Instituto Adolfo Lutz Group. *AIDS* 1995; 9(1):31-7.
49. Dorfman DH, Glaser JH. Congenital syphilis presenting in infants after the newborn period. *N Engl J Med* 1990; 323(5):1299-302.
50. Sison CG, Ostrea EM, Reyes MP, Salari V. The resurgence of congenital syphilis: A cocaine – related problem. *J Pediatr* 1997; 130(2):289-92.

51. Ray JG. Lues-lues: Maternal and Fetal Considerations of syphilis. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50(12):845-50.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para a confecção deste trabalho foram as determinadas pelo colegiado do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, através da resolução 001/99.

Para as referências bibliográficas foram utilizadas as normas determinadas pela convenção de Vancouver.

RESUMO

Sífilis é uma importante causa de morbimortalidade durante a gestação, em muitos países.

Realizou-se um estudo para determinar a resposta aos testes treponêmico (Imunocromatografia) e não treponêmicos (VDRL) de 432 mulheres no Hospital Universitário em Florianópolis, entre os meses de junho a setembro de 2000, correlacionando possíveis fatores de risco associados. A prevalência encontrada foi de 0,98%.

Apesar de algumas limitações estatísticas mostra a importância do screening pré-natal para sífilis durante a gestação.

SUMMARY

Syphilis is an important cause of morbidity and mortality during pregnancy in many countries.

The present study was carried out to determine treponemic (imunocromatografia) and non-treponemic (VDRL) serology in 432 parturient women at HU-Florianópolis, between June and September 2000 and the associated risk factors. The prevalence was 0,98%.

In spite of some limitation regarding statistical precision this study shows the importance of pre-natal screening for syphilis during pregnancy.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Cor: _____

Escolaridade: _____ Renda familiar (SM): _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Ectópica: _____

PRÉ-NATAL

Sim () N^o consultas: _____ Não () Motivo: _____

Cartão pré-natal: sim () não ()

VDRL (+) () Tratamento: _____

(-) () N^o: _____

Toxo IgG (+) / IgM (-) ()

IgG (+) / IgM (+) () ⇒ Tratamento: _____

IgG (-) / IgM (-) () ⇒ Aconselhamento: Sim () Não ()

⇒ Exame repetido: Não ()

Sim: I tri(), II(), III()

INTERNAÇÃO

IG pela DUM: _____ IG por USG: _____

Motivo: Curetagem () TPP ()

Parto Normal () Cesárea () ⇒ Indicação: _____

RN: vivo () morto () Peso: _____ g Apgar: 1': _____ 5': _____ Capurro: _____

Fatores de risco: () Carne/ ovos "crus", mal cozidos

() Frutas/ verduras mal lavadas

() Animais domésticos: cão () gato () _____ ()

DST prévia () Qual: _____ Tratamento: _____

Atual () Qual: _____ Tratamento: _____

Companheiro durante gestação: Sim () N° : _____ Não ()

FATORES DE RISCO

- () drogas injetáveis
 () drogas não injetáveis
 () DST prévia
 () hemotransfusão prévia
 () parceiro de risco () drogadito
 () hemofílico
 () bissexual
 () hemotransfusão
 () HIV +
 () sem fator de risco
 () HIV +

SOROLOGIA

VDRL (+) () Titulação: __ / __ FTA- abs: _____

(-) ()

IFI () IgG (+) Tit: _____ IgM (-)

() IgG (+) Tit: _____ IgM (+) Tit: _____

() IgG (-) IgM (-)

() IgG (-) IgM (+) Tit: _____

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi admitida neste hospital para : () realização de parto , () curetagem uterina, () inibição de trabalho de parto prematuro. O objetivo deste termo é pedir sua permissão para usarmos informações a respeito de suas condições clínicas, como por exemplo, a presença ou não de sorologia positiva para ()sífilis, ()toxoplasmose ou ()HIV em seu sangue. Coletarei uma pequena quantidade de seu sangue para ser avaliado em laboratório. Não será administrado nenhum medicamento adicional que não sejam o que o seu médico assistente pretenda administrar para seu correto tratamento.

O objetivo deste trabalho é determinar em nosso meio a prevalência destas infecções em nossa população, cujos resultados poderão ou não modificar as condutas tomadas no pré-natal, sendo assim de suma importância para a coletividade.

Estas informações serão utilizadas para a realização de 3 (três) trabalhos de conclusão de curso. Todas as informações coletadas serão mantidas confidencialmente. Os dados serão armazenados em um computador sem identificação, e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, tendo você a liberdade e o direito de pedir para tirar seu nome e seus dados do trabalho quando quiser ou se achar que lhe trará algum prejuízo ou constrangimento. Este estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos e está de acordo com os termos das resoluções 196 e 251 do Conselho Nacional de Saúde.

Se em seu sangue houver sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose ou HIV você será comunicada por mim, se assim desejar, e, se for de sua vontade, será encaminhada para aconselhamento e/ou tratamento no ambulatório deste hospital.

Eu, abaixo assinado, concordo que as informações a respeito de minha condição médica podem ser usadas neste estudo. Eu entendo que estas informações serão confidenciais e que meu nome não será mencionado em qualquer publicação deste estudo e que a atenção dispensada a mim e ao meu bebê não serão prejudicadas em caso de recusa à participação do trabalho.

Nome da paciente

Assinatura da paciente

Local e Data

**TCC
UFSC
TO
0302**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0302

Autor: Sousa, Fabiana

Título: Prevalência da soropositividade



972814105

Ac. 254432

Ex.1 UFSC BSCCSM